

TI_GERICHTE 33.2000.31 vom 13. April 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-04-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_33.2000.31

FR: TI_GERICHTE 33.2000.31 du 13 avril 2000

IT: TI_GERICHTE 33.2000.31 del 13 aprile 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 34

quater CF (RCC 1992 p. 346). Questa nozione è più ampia rispetto al "minimo vitale" agli effetti del diritto esecutivo (art. 93 LEF). La Legge federale sulle prestazioni complementari all'AVS/AI contiene dunque la garanzia di un reddito minimo per le persone anziane e invalide (su queste questioni cfr. DTF 113 V 280 (285), RCC 1991 pag. 143 (145), RCC 1989 pag. 606, RCC 1986 pag. 143; Cattaneo, "Reddito minimo garantito: prossimo obiettivo della sicurezza sociale" in RDAT 1991 II pag. 447ss, spec. pag. 448 nota 12 e pag. 460 nota 83). I limiti di redditi rivestono pertanto una doppia funzione e meglio quella di limite dei bisogni e di reddito minimo garantito (DTF 121 V 204; Pratique VSI 1995 p. 52 e 176; 1994 p. 225; RCC 1992 p. 225; cfr. anche Messaggio concernente la terza revisione della legge federale sulle prestazioni complementari all'AVS/AI, p. 3, p. 8 e 9). 2.2. Per l'art. 2a LPC hanno diritto alle prestazioni complementari giusta l'articolo 2, tra l'altro, le persone che: " a) ricevono una rendita di vecchiaia dell'AVS." 2.3. Secondo l'art. 3a LPC (cfr. anche art. 2 LPC) " L'importo della prestazione complementare annua deve corrispondere alla differenza tra l'eccedenza delle spese riconosciute e i redditi (cpv. 1)." 2.4. Per quanto riguarda le spese riconosciute l'art. 3b LPC, prevede che, " Per le persone che vivono durevolmente o per un lungo periodo in un istituto o in un ospedale (persone che vivono in un istituto), le spese riconosciute sono le seguenti: a. tassa giornaliera; b. importo per le spese personali (cpv. 2)." " Per le persone che vivono a casa e per le persone che vivono in un istituto sono inoltre riconosciute le spese seguenti: a. spese per il conseguimento del reddito fino a concorrenza del reddito lordo dell'attività lucrativa; b. spese di manutenzione di fabbricati e interessi ipotecari fino a concorrenza del ricavo lordo dell'immobile; c. premi versati alle assicurazioni sociali della Confederazione, eccettuata l'assicurazione malattie; d. importo forfettario annuo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'importo forfettario deve corrispondere al premio medio cantonale per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (compresa la copertura infortuni); e. pensioni alimentari versate in virtù del diritto di famiglia (cpv. 3)." La lista dei costi di cui può essere tenuto conto ai fini del calcolo della PC è esaustiva e le disposizioni in esame sono di diritto federale imperativo (E. Carigiet, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, Zurigo 1995, p. 135; e *Ergänzungsband*, Zurigo 2000, p. 83). Le spese che non rientrano nell'elenco succitato non possono quindi essere ammesse. 2.5. Secondo l'art. 3c cpv. 1 LPC, inoltre, i redditi determinanti comprendono "a. le entrate in denaro o in natura provenienti dall'esercizio di un'attività lucrativa. Un importo di 1000 franchi per le persone sole e di 1500 franchi per i coniugi e le

persone con figli che hanno o danno diritto a una rendita é dedotto dal reddito annuo proveniente dall'esercizio di un'attività lucrativa, il saldo é computato in ragione di due terzi. Per gli invalidi ai sensi dell'articolo 2c lettera d, il reddito dell'attività lucrativa é interamente computato; b. il reddito proveniente da sostanza mobile e immobile; c. un quindicesimo della sostanza netta oppure un decimo per i beneficiari di rendite di vecchiaia, nella misura in cui superi per persone sole 25 000 franchi, per coniugi 40 000 franchi e per orfani e figli che danno diritto a rendite per figli dell'AVS o dell'AI 15 000 franchi. Se l'immobile appartiene al beneficiario delle prestazioni complementari o a un'altra persona compresa nel calcolo della prestazione complementare e serve quale abitazione ad almeno una di queste persone, soltanto il valore dell'immobile eccedente 75 000 franchi é preso in considerazione quale sostanza; d. le rendite, le pensioni e le altre prestazioni periodiche, comprese le rendite dell'AVS e dell'AI; e. le prestazioni derivanti da un contratto di vitalizio o da un'altra convenzione analoga; f. gli assegni familiari g. le entrate e le parti di sostanza a cui l'assicurato ha rinunciato; h. le pensioni alimentari del diritto di famiglia." 2.6. Dopo la risposta di causa non è più contestato lo stralcio dell'importo di fr. 72'163, computato dalla Cassa di compensazione a titolo di sostanza alienata. Nelle sue osservazioni l'amministrazione ha, infatti, ammesso che il computo di questo ammontare è errato. 2.7. In primo luogo l'assicurata sostiene di non essere "degente", bensì di abitare in un appartamento presso la Residenza _____.

Implicitamente l'assicurata chiede, quindi, che la PC venga stabilita in base alle disposizioni valide per le persone che vivono a casa e non in virtù delle norme relative a coloro che vivono durevolmente in istituto, come indicato dalla Cassa. La LPC, nel tenore in vigore dal 1 gennaio 1998, distingue tra le "persone che vivono durevolmente o per un lungo periodo in un istituto o in un ospedale" e "le persone che vivono a casa" all'art. 3a cpv. 3 e 5, 3b cpv. 1 e cpv. 3 LPC. Tale distinzione è stata introdotta con la seconda revisione della LPC, in vigore dal 1° gennaio 1987 (per maggiori dettagli cfr. RCC 1992 pag. 472-474). Né la legge federale né le relative ordinanze di applicazione precisano rispettivamente hanno precisato il contenuto di questo concetto (cfr. per quanto riguarda il vecchio diritto, art. 2 cpv. 1bis LPC; dtf 122 v 16; DTF 118 V 146ss consid. 2a; E. Carigiet, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, Zurigo 1995, p.145; Carigiet/Koch, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, Supplement, Zurigo 2000, p. 111). Il messaggio, dal canto suo, contiene unicamente un riferimento al concetto di istituto, che comprende le case per anziani, gli istituti per invalidi e le case di cura (cfr. p. 18). Le direttive amministrative stabiliscono in particolare che "Sono considerate come istituti le strutture che accolgono temporaneamente malati, anziani o invalidi nell'ambito dell'ordinamento cantonale, garantendo loro l'assistenza necessaria." Secondo la dottrina questa definizione permette di riconoscere nuove forme di presa a carico in istituti specializzati (cfr. DTF 122 V 16 consid.4). Il TFA, in DTF 118 V 147 consid. 2b, ha dal canto suo precisato che il riconoscimento di questo tipo di istituto non deve essere fatto dipendere dall' autorizzazione cantonale o comunale a curare terze persone. Il concetto di diritto federale di "Istituto" non può infatti essere fatto dipendere da un criterio formale (DTF 122 V 12; 16). Di conseguenza il soggiorno in un istituto analogo non riconosciuto dalla legislazione cantonale in materia di case e assistenza (p. esempio una famiglia d'accoglienza, una grande famiglia di pedagogia curativa o una comunità di invalidi) può essere considerato come residenza in un istituto ai sensi della LPC, se esso risponde ad un bisogno e se l'Istituto offre la garanzia di soddisfarlo in maniera adeguata, in

particolare per quel che riguarda l'organizzazione, le infrastrutture e il personale (DTF 118 V 146 consid. 2; DTF 122 V 16 consid. 4). Irrilevante per la qualifica di istituto è invece il numero di persone in cura (Carigiet/Koch, Supplement, p. 111). Il concetto di "soggiorno durevole o per un lungo periodo in ospedale" è pure stato concretizzato nelle direttive dell'UFAS. Nell'ambito che qui ci interessa le direttive amministrative sono già state dichiarate conformi alla legge dal TFA (cfr. ZAK 1992 p. 486ss. = RCC 1992 p. 511seg; cfr. a questo proposito Werlen, Der Anspruch auf Ergänzungsleistungen und deren Berechnung, Baden 1995, p. 234). In concreto questo presupposto non è contestato. Esso è del resto dato in quanto l'assicurata risiede presso la residenza già dal 1991. 2.8. In concreto dagli atti non emerge se la Residenza _____ è riconosciuta a livello cantonale quale istituto di cura ai sensi delle succitate direttive amministrative. La questione può però restare indecisa, in quanto dal tenore del "Pensionsvertrag" concluso dalla ricorrente con la residenza, si deve ammettere che la casa in questione adempie i presupposti di cui alla giurisprudenza federale citata al considerando precedente in materia di istituti di cura. In virtù del citato contratto la ricorrente risiede in un monolocale della residenza, il cui costo mensile è di fr. 2'381. La retribuzione comprende, oltre all'affitto, la pulizia dell'appartamento una volta la settimana, il pranzo, così come diverse prestazioni previste all'art. 12, in particolare: " (...) 12.1 Die Benützung des Waschsalons, des geheizten Schwimmbades sowie der übrigen allgemein zugänglichen Gemeinschaftsräume ist im Pensionspreis inbegriffen. Die entsprechenden Benützungsreglemente bilden einen integrierenden Bestandteil zu diesem Vertrag. 12.2 Die folgenden Betreuungsleistungen sind im Pensionspreis inbegriffen: - Notfalldienst-Bereitschaft während täglich 24 Stunden - Beratung durch die Residenz bei akuten persönlichen Problemen - Organisation von Veranstaltungen für die Bewohner (Konzerte, Ausflüge usw.). Zur Deckung der entstehenden Selbstkosten behält sich die Verwaltung vor, pro Teilnehmer einen Beitrag zu erheben. 12.3 Die Residenz verpflichtet sich, den Bewohner bei vorübergehender oder andauernder Pflegebedürftigkeit in der Pflegeabteilung (26 Betten) aufzunehmen. Vorbehalten ist der Entscheid des Vertrauensarztes der Residenz und/oder des Hausarztes, den Bewohner in eine Klinik zu überweisen, welche die notwendigen Einrichtungen und Dienstleistungen für intensivere medizinische oder psychiatrische Behandlung und Betreuung anbietet, sowie die Verfügbarkeit der Betten in der Pflegeabteilung. Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, wie z.B. Aufenthalt in der Pflegeabteilung oder Pflegeservice in der Wohnung wird zusätzlich, nach Massgabe der entsprechenden Tarife, in Rechnung gestellt. (...)" (Doc. _) Dal canto suo l'assicurata ha precisato di essere in grado di spostarsi per un chilometro al giorno con l'aiuto della "poussette" e di essere stata degente nel reparto cure della residenza nel mese di dicembre. Alla luce delle succitate circostanze secondo questa Corte, è provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (SVR 1996 KV Nr. 85 p. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 p. 263ss; DTF 121 V 208 consid. 6a; RAMI 1994 p. 210/211), che il soggiorno dell'assicurata a tempo indeterminato presso la residenza risponde ad un bisogno e meglio a quello di poter essere sottoposta a cure mediche presso il reparto di cura di cui dispone la residenza per necessità occasionale o durevole (punto 3.3, 12.3), di poter essere trasferita in una clinica personalizzata, di poter disporre del servizio di emergenza 24ore su 24 e della consulenza in caso di problemi personali. La residenza dal canto suo offre la garanzia di soddisfare in maniera adeguata i bisogni summenzionati. In simili condizioni l'assicurata va considerata come persona che vive durevolmente o per un lungo periodo in un istituto ai sensi della LPC, malgrado disponga di una certa autonomia e si

gestisca nel proprio monolocale. Il metodo di calcolo applicato dalla Cassa va considerato corretto e dev'essere quindi confermato.

2.9. Nella lista delle spese da computare la ricorrente indica l'importo effettivo che deve pagare mensilmente a titolo di pensione, pari a fr. 31'692, da novembre a fr. 32'472 (VIII). A titolo di retta la Cassa ha invece computato fr. 27'375. Per l'art. 5 cpv. 3 lett. a LPC " i cantoni possono limitare le spese prese in considerazione a causa del soggiorno in un istituto o in un ospedale." Per l'art. 2 del decreto esecutivo cantonale concernente la LPC all'AVS/AI del 18 novembre 1998, " La retta giornaliera massima computabile per il calcolo della prestazione complementare degli assicurati che sono ospiti permanenti o per periodo di lunga durata in case per anziani o di cura è di fr. 75." In proposito va rilevato che i costi degli istituti di cura variano da casa a casa. Gli Istituti privati di livello elevato pretendono ad esempio tasse alte, che non possono né devono venire finanziate dalle prestazioni complementari. Per questo motivo il legislatore federale ha autorizzato il Cantone a limitare i costi. Di questa possibilità hanno praticamente fatto uso tutti i Cantoni. (Carigiet/Koch, supplement, p. 114; cfr. per una panoramica relativa alle tasse dei diversi cantoni, AHlpraxis 1999 p. 67ss). All'assicurata viene pure conteggiato un importo per le spese personali per beneficiari dell'AVS di fr. 300 (art. 4 lett. a del decreto, art. 5 cpv. 1 lett. c LPC). In simili condizioni, nel Canton Ticino non si può considerare l'importo della pensione effettivamente pagato dall'assicurata, bensì quello previsto dal Cantone nell'ambito del potere di apprezzamento concessogli dall'art. 5 LPC, come ha fatto la Cassa. La censura sollevata dall'assicurata in quanto infondata dev'essere respinta.

2.10. Per quanto concerne la lista delle spese sottoposte al TCA dall'assicurata, tenuto conto del fatto che l'elenco previsto nella LPC è esaustivo (consid. 2.5), non si possono senz'altro computare nel fabbisogno le spese per il parrucchiere, per i vestiti, la cosmesi, l'allarme _____, la lavanderia, la televisione, la via cavo, le imposte e le spese per il taxi.

2.11. Per quanto riguarda i premi a favore dell'assicurazione malattia si rileva che, secondo l'art. 3b cpv. 3 lett. c LPC, in vigore dal 1. gennaio 1998, vengono riconosciuti, i premi versati alle assicurazioni sociali della Confederazione, eccettuata l'assicurazione malattia. La lett. d del medesimo articolo precisa tuttavia che, a titolo di spesa, viene riconosciuto un " importo forfettario annuo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie. L'importo forfettario deve corrispondere al premio medio cantonale per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (compresa la copertura infortuni);" In proposito il Messaggio del Consiglio federale relativo alla terza revisione della PC precisa che: " Fino alla fine del 1995, i premi di assicurazione malattie per l'assicurazione di base delle cure medico-sanitarie sono stati dedotti. Per quanto concerne i premi delle assicurazioni complementari, si sono potuti dedurre solo la parte necessaria per coprire le spese di degenza nella camera comune di uno stabilimento ospedaliero pubblico o di utilità pubblica. Riguardo alla riduzione dei premi prevista dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), entrata in vigore il 1° gennaio 1996, i premi di assicurazioni malattie non possono più essere dedotti nel sistema delle prestazioni complementari. Per compensare la soppressione di tale deduzione, i limiti di reddito stabiliti al vigente articolo 2 capoverso 1 LPC subiscono un aumento unico il cui importo é determinato dal nostro Collegio (cfr. disposizione transitoria alla modificazione della LPC). A partire dal 1997, i Cantoni devono aumentare in modo imperativo i limiti di reddito. Tale correzione deve essere integrata in modo costruttivo nella 3 a revisione delle PC. Si prevede pertanto d'introdurre nelle spese riconosciute un importo cantonale annuo forfettario, volto a coprire l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Tale importo forfettario deve corrispondere al premio medio cantonale. questa spesa coprirebbe l'assicurazione

obbligatoria delle cure medico-sanitarie conformemente alla LAMal. Tale importo forfetario non può prendere in considerazione né l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa né eventuali assicurazioni complementari per la camera semi-privata o privata." L'art. 3a cpv. 7 lett. i LPC prevede che il Consiglio federale disciplina la coordinazione con la riduzione dei premi ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Secondo l'art. 1 dell'Ordinanza federale sui premi medi cantonali del 2000 dell'assicurazione delle cure medico sanitarie, per il calcolo delle prestazioni complementari il premio medio per gli adulti del Canton Ticino è pari a fr. 2'976. L'importo computato dalla Cassa, che non tien conto del premio effettivo dovuto all'assicurazione malattia dalla ricorrente (fr. 4'186), è pertanto corretto e va confermato. 2.12. L'assicurata chiede pure il risarcimento della franchigia dell'assicurazione malattia. Per l'art. 3 LPC in vigore dal 1 gennaio 1998 le prestazioni complementari comprendono anche il rimborso delle spese di malattia e invalidità (art. 3 lett. b LPC). Secondo l'art. 3d cpv. 1 LPC i beneficiari di una prestazione complementare annua hanno, tra l'altro, diritto al rimborso delle spese dell'anno civile di partecipazione alle spese giusta l'articolo 64 LAMal (lett. b). La franchigia a carico degli assicurati va pure considerata quale spesa di malattia, in quanto partecipazione ai costi di malattia (art. 19 cpv. 2 OPC; STCA del 10.5.1999 in re T.D.S; messaggio del Consiglio federale concernente la terza revisione della LPC, p. 13). Secondo l'art. 3d cpv. 4 seconda frase LPC, invece, " il Consiglio federale stabilisce le spese che possono essere rimborsate conformemente al cpv. 1. Esso può emanare prescrizioni relative al rimborso delle spese di malattia e d'invalidità di persone per cui le spese che devono essere rimborsate superano l'eccedenza dei redditi determinanti sulle spese riconosciute..." In tal caso le persone con eccedenze di reddito e, quindi, che non hanno diritto alla PC mensile ai sensi dell'art. 3 lett. a LPC (cfr. art. 19 lett. f OPC AVS/AI, redditi determinanti superiori alle spese riconosciute): " hanno diritto al rimborso delle spese di malattia e di invalidità se adempiono le altre condizioni previste dall'art. 2 LPC. Il rimborso corrisponde alle parte delle spese comprovate che supera la parte eccedentaria dei redditi." (art. 19a cpv. 1 e 2 OPC-AVS/AI) 2.13. Nel caso in esame i redditi di cui dispone l'interessata superano di fr. 3'786 il suo fabbisogno (cfr. IV). Di conseguenza la ricorrente è in grado di far fronte a questo costo pari a fr. 700.- (I) tramite l'eccedenza dei redditi. 2.14. Neppure i medicinali non rimborsati dalla Cassa malati possono essere posti a carico della PC. La terza revisione delle PC ha introdotto una nuova regolamentazione per quanto riguarda il rimborso delle spese di malattia (cfr. Messaggio del 20 novembre 1996 p. 5; 13ss; E. Carigiet - U. Koch, Ergänzungsleistungen zur AHV/AI, Zurigo 2000, p. 124 seg.). In particolare il Consiglio federale ha evidenziato che: " La LAMal, entrata in vigore il 1° gennaio 1996, modifica la situazione esistente in materia di rimborso delle spese di malattia. Finora vi erano beneficiari di PC che non erano affiliati a nessuna assicurazione malattie. Le prestazioni complementari rimborsavano loro quindi le spese di malattia entro i limiti della quota disponibile (cfr. in merito il n. 213.2). Con l'introduzione del regime obbligatorio, tali rimborsi sono soppressi. Le prestazioni complementari possono d'ora in avanti limitarsi a prendere a carico l'importo della franchigia delle assicurazioni malattie, i costi dentari, le spese spitex non coperte dall'assicurazione malattie e le spese dei mezzi ausiliari. Il fattore più importante consiste nell'assunzione delle spese spitex (aiuto domestico, parenti e terzi a determinate condizioni)." e precisa: " Capoverso 1 : ai sensi dell'articolo 64 LAMal, gli assicurati devono partecipare ai costi delle prestazioni ottenute. L'articolo 24 LAMal enumera le prestazioni dell'assicurazione malattie prese a carico nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In base ad esso, i

costi delle prestazioni definite agli articoli 25-31 LAMal sono presi a carico. In tali articoli sono inoltre menzionati i costi dei medici e dei medicinali. Se le prestazioni complementari prendono a carico la partecipazione ai costi, esse assumono indirettamente anche i costi del medico e quelli dei medicinali. Di conseguenza, contrariamente alla legge in vigore, non è più necessario menzionare espressamente i costi dei medici e dei medicinali nel testo di legge. Questi ultimi sono interamente coperti visto che l'assicurazione malattie li rimborsa deducendo la partecipazione ai costi e le prestazioni complementari prendono a carico tale partecipazione ai costi." Con l'entrata in vigore della LAMal alla possibilità di dedurre i costi di malattia rimborsabili tramite le PC sono stati quindi posti dei limiti. La vecchia LAMI non prevedeva, infatti, un'assicurazione malattia obbligatoria, di conseguenza i costi di coloro che non erano assicurati venivano pagati tramite le PC, che aveva previsto una regolamentazione dettagliata. Dal 1. gennaio 1996, quindi, essendo entrata in vigore l'assicurazione malattia obbligatoria, possono essere assunti solo i costi di malattia per i quali l'assicurazione obbligatoria eroga prestazioni, che, come sopra esposto, consistono nella franchigia e nella partecipazione ai costi. Al riguardo Carigiet-Koch, op. cit. pag. 124-125 osserva: " Die EL berücksichtigt die Kostenbeteiligung nach Art. 64 KVG an Kosten für Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Art. 24 KVG übernimmt (Art. 6 ELKV). Die Kostenbeteiligung besteht aus der Franchise und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstebehalt). (...) Werden Leistungen aus Zusatzversicherungen erbracht, können die Rest..... nicht von der EL übernommen werden (ausgenommen hiervon sind Zahnbehandlungen, SPITEX-Leistungen, Haushalthilfe, Badekuren,lungskuren, Transporte und Hilfsmittel)." I pagamenti non rimborsati dalla Cassa malati non possono quindi essere posti a carico della PC (cfr. STCA del 2.5.2000 in re A.C., _____, cresciuta in giudicato). 2.15. Per quanto riguarda le spese per l'intervento dell'aiuto domiciliare si rileva che sempre secondo l'art. 3d LPC i beneficiari di una prestazione complementare annua hanno diritto al rimborso delle spese dell'anno civile in corso, debitamente comprovate di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio e in strutture diurne" (lett. b; cfr. anche 19 OPC AVS/AI) Il Consiglio federale stabilisce le spese che possono essere rimborsate conformemente al capoverso 1...(cpv. 4). Per l'art. 13 OMPC, intitolato "spese di aiuto, cura e assistenza a domicilio", inoltre " 1 Le spese di aiuto, cura e assistenza rese necessarie dalla vecchiaia, dall'invalidità, da un infortunio o da malattia e prestate da servizi pubblici o di utilità pubblica sono rimborsate. 2 Nel caso di una tariffa scalare secondo il diritto o la sostanza, si tiene conto solo della tariffa più bassa. 3 Le spese di cura e assistenza insorte in un istituto diurno, in un ospedale giornaliero o in un ambulatorio, pubblici o di utilità pubblica, sono anch'esse rimborsate. 4 Le spese per cure prestate da istituti privati sono rimborsate in quanto corrispondono a quelle insorte in istituti pubblici o di utilità pubblica. 6 Le spese debitamente comprovate di aiuto e assistenza necessari nell'economia domestica sono rimborsate fino a 4800 franchi al massimo per anno civile se tali prestazioni sono fornite da una persona che: a. non vive nella stessa economia domestica; o b. non lavora per un'organizzazione Spitex riconosciuta." 2.16. Nel caso in esame l'assicurata non vive al proprio domicilio, in quanto come sopra esposto va considerata come persona che vive in istituto, inoltre le spese di cura non sono insorte in un istituto diurno oppure in un ospedale giornaliero (cpv. 1 e 3 art. 13 OMPC). La questione può comunque restare indecisa, in quanto l'assicurata può far fronte a queste spese, pari a fr. 500, tramite il superamento del limite di reddito (consid. 2.14). 2.17. Per quanto riguarda le spese di taxi, secondo l'art. 3d cpv. 1 lett. d LPC in vigore dal 1. gennaio 1998 i

beneficiari di una prestazione complementare annua hanno diritto al rimborso delle spese dell'anno civile in corso, debitamente comprovate di trasporto fino al più vicino luogo di cure. A partire dal 1 gennaio 1998 il nuovo art. 15 OMPC stabilisce che: " Le spese di trasporto comprovate sono rimborsate se il trasporto è avvenuto in Svizzera e se sono state provocate da un'urgenza o da uno spostamento indispensabile (cpv. 1). Sono rimborsate anche le spese comprovate di trasporto fino al luogo del trattamento medico più vicino. Si assumono le spese corrispondenti alle tariffe dei trasporti pubblici per il percorso più diretto. Se l'impedimento obbliga la persona assicurata a ricorrere ad un altro mezzo di trasporto, le spese relative sono rimborsate (cpv. 2). Le strutture diurne ai sensi dell'articolo 14 sono parificate ai luoghi di trattamento medico ai sensi del capoverso 2 (cpv. 3)." Il luogo di trattamento medico più vicino può essere un ospedale uno studio medico, un centro di ergoterapia o altro. Per quanto riguarda il capoverso 3, infine, malgrado presso le strutture diurne non si effettuino dei trattamenti medici, i costi di trasporto presso questi centri erano già rimborsati in precedenza. Di conseguenza ciò viene fatto anche nell'ambito della nuova OMPC (cfr. Modification de l'OMPC entrée en vigueur le 1. janvier 1998, in Pratique VSI 1998 p. 67ss). 2.18. In concreto non è dato di sapere per quali motivi l'assicurata necessita dell'utilizzo del taxi. La questione non necessita tuttavia approfondimento, in quanto anche all'importo di fr. 200 annui l'assicurata può far fronte tramite l'eccedenza di redditi. 2.19 In conclusione, malgrado le censure dell'assicurata siano risultate parzialmente fondate, i redditi superano il fabbisogno, di conseguenza il ricorso dev'essere respinto.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.